

ECT verlaagt risico's, ook bij eerder cerebrovasculair accident

J.A. van Waarde

Zie: Tuytens e.a. Vormt ECT een risico op een recidief van cerebrovasculair accident? pagina 430-6 van dit nummer.

In hun interessante overzichtsartikel beschrijven Tuytens e.a. een systematisch literatuuroverzicht over het risico op een recidief van cerebrovasculair accident (CVA) door een behandeling met elektroconvulsietherapie (ECT).¹ Zij concluderen – uiteraard met de nodige voorzichtigheid – dat ECT het risico op een recidief-CVA niet verhoogt. Sterker, in de literatuur troffen zij – onder andere – een prospectieve Deense cohortstudie aan (n = 174.534, waaronder 228 patiënten die ECT kregen), waarin zelfs een verlaagd risico werd gevonden op een recidief-CVA bij patiënten die ECT ondergingen ten opzichte van mensen die geen ECT kregen.² Dit past bij het uitgangspunt dat – bij de juiste indicatiestelling en bij vooraf adequate anticipatie op eventuele anesthesierisico's – ECT een zeer veilige behandeling is met een lage mortaliteit (2,1 overlijdens per 100.000 ECT-sessies; 95%-betrouwbaarheidsinterval 1,2-3,4 per 100.000 sessies).³

Onderbehandeling

Desalniettemin wordt ECT in Nederland relatief weinig toegepast bij patiënten die potentieel wel van deze behandeling kunnen profiteren, zoals mensen met een therapieresistente depressie, psychotische depressie en katatone beelden.⁴ Onderbehandeling met ECT van deze patiëntengroepen is een serieus probleem vanwege de grote risico's die deze patiënten lopen, zoals overlijden door suïcide en somatische comorbiditeit met verhoogde kans op mortaliteit door onder andere ernstige dehydratie, uithongering, veneuze trombose en decubitus. Redenen voor onderbehandeling zijn wellicht de beperkte kennis over ECT, het stigma, de beperkte beschikbaarheid van ECT, en het te vroeg inzetten op acceptatie en 'handicapmodel' bij aanhoudende depressieve symptomen.⁵

Kennislacune

Naast het stigma dat er nog altijd heerst rondom ECT en het gebrek aan kennis en ervaring met deze behandeling bij (regie)behandelaren, speelt wellicht ook de angst dat ECT 'gevaarlijk' zou zijn. Deze onjuiste gedachte

AUTEUR

Jeroen A. van Waarde, psychiater en opleider, afd. Psychiatrie en Rijnstate Depressiecentrum, Rijnstate, Arnhem.

Correspondentie

Dr. Jeroen A. van Waarde (jvanwaarde@rijnstate.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-6-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(7):409-410

wordt versterkt door desinformatie die verspreid wordt, veelal via het internet. Patiënten en hun naasten, maar ook professionals die deze informatie onvoldoende op waarde (kunnen) inschatten, worden hiervan onzeker. Het landelijke opleidingsplan 'De Psychiater' voorziet nu in een verplichte e-learning om toekomstige psychiaters meer adequate kennis over ECT aan te leren.⁶ Hopelijk leidt dit tot een vermindering in deze kennislacune, correctie van onjuiste en stigmatiserende informatie, betere voorlichting aan patiënten en hun naasten, en daarmee wellicht minder onderbehandeling. Omdat het landelijke opleidingsplan sinds 1 juni 2020 is ingegaan, zullen de eerste psychiaters die kennis over ECT verplicht in hun opleiding tot zich hebben genomen nog moeten uitstromen. Echter, alle psychiaters – ook degenen die in de dagelijkse praktijk weinig met ECT te maken hebben – zullen voldoende kennis moeten bezitten om de juiste patiënten voor ECT te kunnen verwijzen. Zeker bij ernstige comorbiditeit, zoals neurologische condities als CVA, is het aan te bevelen eventueel een collega te raadplegen die wel regelmatig patiënten behandelt met ECT, zodat risico's goed kunnen worden afgewogen.

Juiste risicoafweging

Het artikel van Tuytens e.a. is daarom ook belangrijk. Het wijst – wederom – op de beperkte kans op somatische morbiditeit door ECT. Dit is belangrijk bij de risicoafweging omdat niet-behandelen van depressie en andere ernstige beelden regelmatig grotere risico's geeft dan het wél behandelen met ECT. De multidisciplinaire richtlijn

ECT adviseert na een CVA een veilige periode van drie maanden aan te houden.⁵ Echter, bij sommige patiënten is de kans op overlijden (bijvoorbeeld door suïcide of uitputting) zó groot dat toch tot ECT kan worden overgegaan. De richtlijn geeft aan dat dan nauwgezette controle van de bloeddruk vereist is. Tuytens e.a. adviseren een ‘grondige neurologische en cardiovasculaire diagnostiek en monitoring’ als voorwaarde om veilig ECT te kunnen bieden aan dergelijke patiënten. Echter, in de huidige praktijk, met vaak een zeer beperkte integratie van somatische kennis en vaardigheden in de ggz, is dit wellicht een heikel punt. Deze beperkte integratie leidt ongetwijfeld tot meer risicomijdingsgedrag, wat patiënten tekort kan doen. Een veilige behandeling, zoals ECT, wordt hun dan onthouden.

Integrale benadering vereist

Overigens speelt bij de patiënten na een CVA wellicht ook een ander probleem, waardoor ze (uiteindelijk) niet voor ECT worden verwezen. Deze patiënten worden vaak niet primair in de ggz gezien noch behandeld, omdat de klachten worden toegeschreven aan de neurologische schade van het CVA of de ingrijpende (psycho-sociale) gevolgen daarvan. Een benodigde integrale benadering ontbreekt regelmatig.

De Gezondheidsraad wees, in zijn advies in 2019, reeds op het knelpunt dat mensen met hun klachten terechtkomen bij óf een zorgverlener die alleen focust op lichamelijke aandoeningen, óf bij een zorgverlener die zich exclusief richt op psychische aandoeningen.⁷ De raad stelt dat professionals, vanwege hun specifieke opleidingen, zich alleen richten op hun eigen vakgebied en daarmee een holistische benadering belemmeren. Lichamelijke klachten worden dan onterecht toegeschreven aan een psychische aandoening en andersom. Daarbij voelen zorgverleners zich vaak onvoldoende bekwaam om aandoeningen buiten hun eigen domein te diagnosticeren en te behandelen.

Omdat somatische comorbiditeit - zeker bij de oudere patiënten, waarvan het aantal al jaren toeneemt - eerder regel dan uitzondering is, zullen psychiaters zich moeten (blijven) verdiepen in veelvoorkomende somatische aandoeningen zoals cardiovasculaire problematiek. Daarmee kunnen zij de juiste risico-inschatting maken, en kunnen zij patiënten die daarvoor in aanmerking komen beter voorlichten en sneller verwijzen voor ECT.

LITERATUUR

- 1 Tuytens B, Goossens A, Yperzeele L, e.a. Vormt ECT een risico op een recidief van cerebrovasculair accident? Tijdschr Psychiatr 2023; 65: 430-6.
- 2 Rozing MP, Jørgensen MB, Osler M. Electroconvulsive therapy and later stroke in patients with affective disorders. Br J Psychiatry 2019; 214: 168-70.
- 3 Tørring N, Sanghani SN, Petrides G, e.a. The mortality rate of electroconvulsive therapy: a systematic review and pooled analysis. Acta Psychiatr Scand 2017; 135: 388-97.
- 4 Scheepens DS, van Waarde JA van, Lok A, e.a. Elektroconvulsietherapie bij persistente depressie in Nederland; zeer lage toepassingsgraad. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 16-21.
- 5 Broek WW van den, Waarde JA van, Noorden M van, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Elektroconvulsietherapie (ECT). Utrecht: NVvP; 2021. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/electroconvulsietherapie_ect/startpagina_-_electroconvulsietherapie_ect.html
- 6 NVvP. De Psychiater. Medisch expert, sociaal maatschappelijk betrokken, professioneel. Landelijk Opleidingsplan voor de geneeskundige vervolgopleiding Psychiatrie. Utrecht: NVvP; 2019.
- 7 Gezondheidsraad. Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2020. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2020/05/27/integrale-zorg-voor-mensen-met-lichamelijke-en-psychische-aandoeningen>